

INDICE

PERCORSI REGIONALI PER IL GOVERNO DELLE POLITICHE SOCIALI: SCELTE ORGANIZZATIVE A CONFRONTO

METODOLOGIA DI RICERCA	Errore. Il segnalibro non è definito.
I - Obiettivi della ricerca	Errore. Il segnalibro non è definito.
II - Percorso di lavoro	Errore. Il segnalibro non è definito.
III - Dimensioni d'indagine.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
CAPITOLO I	2
IL PERCORSO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DEL WELFARE.....	2
1.1 Il quadro normativo	2
1.2 Quadro programmatico	12
1.3 Strategie prioritarie d'intervento.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
1.4 I Livelli Essenziali di Assistenza.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
CAPITOLO II.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.1 Il sistema di flusso finanziario del welfare locale	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.2 Riforme legislative, autonomie locali e risorse economiche.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.3 Dati rilevati e scelte metodologiche.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.4 Il biennio 2003-2004	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.5 Cluster Analysis	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.6 Analisi per il 2005	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.7 Considerazioni finali	Errore. Il segnalibro non è definito.
CAPITOLO III	Errore. Il segnalibro non è definito.
ASSETTI E RELAZIONI ISTITUZIONALI.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.1 Assetti delle deleghe assessorili.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.2 Il sistema delle relazioni istituzionali.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.3 L'integrazione delle politiche	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.4 Il ruolo delle agenzie regionali.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.5 Le agenzie regionali in ambito sanitario, sociale e sociosanitario.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.6 Le agenzie regionali in ambito di politiche del lavoro.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
CAPITOLO IV	Errore. Il segnalibro non è definito.
LE SCELTE ORGANIZZATIVE PER LE FUNZIONI DI GOVERNO DEI SISTEMI DI WELFARE REGIONALI	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.1 Quadro teorico di riferimento	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.2 Analisi delle strutture organizzative delle Regioni.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.3 Sistemi gestionali	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.4 Gestione delle risorse umane	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.5 Considerazioni finali	Errore. Il segnalibro non è definito.
CAPITOLO V	19
LE SCELTE DELLE REGIONI NEL PROCESSO DI GOVERNANCE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO	19
5.1 Definizione operativa del concetto di governance	Errore. Il segnalibro non è definito.
5.2 Le variabili discriminanti per la classificazione dei percorsi regionali	21
5.3 Le tipologie possibili di governance regionale	23

CAPITOLO I

IL PERCORSO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DEL WELFARE

1.1 Il quadro normativo

La formulazione dell'articolo 117 della Costituzione, alla luce della riforma del Titolo V, approvata con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”, attribuisce alle Regioni la potestà legislativa in materia di servizi sociali, con l'esclusivo limite del rispetto della Costituzione, dell'ordinamento comunitario europeo e degli obblighi internazionali.

Alla luce del nuovo sistema di legislazione delineato dalla riforma costituzionale e della accresciuta autonomia legislativa spettante alle Regioni in tutte le materie diverse da quelle riservate alla legislazione esclusiva dello Stato,¹ non v'è dubbio che sussistono tutte le condizioni per la realizzazione di un vero e proprio federalismo sociale.

La novella costituzionale affida alle Regioni, infatti, il compito di disciplinare la materia dei servizi sociali, attribuendo allo Stato la legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Non è più lo Stato, pertanto, a dettare l'indirizzo ed il coordinamento delle politiche sociali.

Quanto detto è, tuttavia, vero nei limiti posti dal principio di continuità (v. C. Cost., sentenza n. 13 del 1974) per effetto del quale restano in vigore le norme preesistenti, stabilite in conformità al passato quadro costituzionale, fino a quando esse non vengano sostituite da nuove norme dettate dall'autorità competente.

A fronte del mutato quadro istituzionale è interessante osservare, innanzitutto, come hanno operato i singoli legislatori regionali in virtù delle nuove e più ampie competenze attribuitegli, se sulla scia dei principi definiti dalla Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ovvero in maniera difforme da essa e, in secondo luogo, se la disciplina degli interventi e dei servizi sociali

¹ In ragione della tutela dei supremi interessi nazionali.

sul territorio nazionale si caratterizza per l'organicità ovvero per la frammentarietà dei contenuti.

Alcune Regioni hanno optato per l'approvazione di una legge di riordino dei servizi sociali. Questo è il caso del **Piemonte, dell'Emilia Romagna, della Toscana, della Puglia e della Calabria**. A queste devono aggiungersi altre Regioni che, pur avendo optato per l'approvazione di una legge complessiva, non hanno ancora concluso l'iter di produzione normativa: tra le altre la Campania, il Veneto, la Sardegna, l'Abruzzo. In particolare la **Campania** con un disegno di legge, già approvato dalla Giunta e al vaglio del Consiglio Regionale, che recepisce nei contenuti i principi ispiratori della Legge 328/2000 e l'Abruzzo con un progetto di legge avente ad oggetto le norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali. Seppure trattasi di una minoranza, neppure esigua, di contesti territoriali è interessante osservare come ciascuno di essi abbia fatto riferimento (in modo esplicito, ovvero solo nei contenuti) ai principi della Legge 328 che, pur essendo stata "superata" per effetto della riforma costituzionale, ha mantenuto il suo ruolo forte di legge di principi.

Altre Regioni si sono invece limitate ad adottare normative settoriali al fine di adeguare la normativa già in vigore. La scelta è stata, verosimilmente, indotta dall'esistenza di una normativa preesistente alla Legge 328 sebbene non in contrasto con essa. E' questo, ad esempio, il caso dell'**Umbria** che ha disciplinato l'autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi, completando con l'adozione di una disciplina specifica il quadro già definito dalla L.R. n. 3/97 "Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali" e del **Lazio** che ha adottato una normativa specifica per l'autorizzazione e l'accreditamento, ma ha pure provveduto ad integrare la L.R. n. 38/96 introducendo specifiche norme riguardanti la pianificazione zonale e le nuove competenze delle province.

Benché con modalità diverse, tutti i contesti regionali sopra citati si trovano oggi ad avere un quadro organico di disciplina dei servizi sociali. Se frutto di un unico provvedimento normativo, ovvero di rimaneggiamenti successivi poco importa dal momento che la disciplina in vigore è coerente e tendente a disciplinare tutti i diversi aspetti normati dalla Legge Quadro.

Diversa è invece la situazione di quelle Regioni che, dopo l'entrata in vigore della Legge 328/2000 e per effetto del nuovo quadro costituzionale, non hanno provveduto ad

adottare una disciplina organica e si trovano oggi ad avere una disciplina piuttosto frammentata del sistema degli interventi e servizi sociali derivante da leggi regionali,² ovvero definita attraverso l'adozione di atti di indirizzo e linee guida.

Da questa seppur rapida disamina emerge che il quadro normativo delle 20 Regioni italiane (rectius delle 19 Regioni e delle due province autonome di Trento e Bolzano) è alquanto disomogeneo per quanto permangano tratti comuni in termini sia di scelte definitorie che di contenuti delle discipline adottate.

Seguirà, pertanto, un breve excursus sui quadri normativi regionali riletti alla luce dell'omogeneità ovvero della frammentarietà della normativa attualmente in vigore.

La **Regione Abruzzo** ha anticipato le linee ispiratrici della Legge Quadro 238/2000 con la L.R. 22/98 "Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale – Piano Sociale Regionale 1998-2000", in particolare introducendo la zonizzazione per la gestione unitaria dei servizi e i piani di zona come strumento unitario di programmazione e di governo locale.

Con L.R. n. 2/05 ha disciplinato le autorizzazioni e l'accreditamento dei soggetti eroganti servizi alla persona. Il quadro normativo attualmente vigente è ancora incompleto, ma si rileva la volontà forte dell'amministrazione regionale di conferire organicità al sistema di welfare regionale attraverso l'approvazione di una nuova legge sugli interventi e servizi sociali che preveda anche la disciplina dei livelli essenziali di assistenza e la normativa di riordino delle IPAB.

L'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema di welfare della **Regione Basilicata** è stato definito dalla L.R. n. 25/97 "Riordino del sistema socioassistenziale" che ha individuato il modello di programmazione degli interventi e gli assetti territoriali per la pianificazione sociale; con L.R. n. 1/04 sono state regolamentate le procedure di acquisto di servizi e prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie.

La situazione della **Regione Calabria** appare del tutto peculiare poiché caratterizzata da una copiosa produzione normativa di settore e dal susseguirsi di atti di programmazione che nascono con l'intento di dare organicità alla programmazione e regolazione delle politiche sociali, ma che talvolta si pongono in contrasto con i principi definiti dalla legge regionale di recepimento della riforma (L.R. n. 23/03).

² Si consideri, ad esempio, la normativa sulle IPAB adottata da **Lombardia e Liguria**, così come la normativa sull'autorizzazione al funzionamento di strutture e servizi adottata da **Marche e Veneto**.

Il quadro normativo della **Regione Campania** per il settore delle politiche sociali e delle politiche sociosanitarie appare ancora poco articolato per favorire un buon funzionamento del sistema dei servizi. Ad oggi il sistema è regolato da una serie di Leggi Regionali di settore:

L.R. n. 8/03, che riorganizza la realizzazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche e Private (R.S.A.);

L.R. n. 2/04, e relativo regolamento di attuazione, che istituisce il reddito di cittadinanza;

L.R. n. 11/05 che istituisce i centri e le case di accoglienza e assistenza per le donne maltrattate.

La lacuna normativa prodotta dalla mancata approvazione di una legge regionale di recepimento della Legge 328/2000 è stata, di fatto, colmata attraverso una consistente produzione di atti di programmazione e linee di indirizzo che hanno consentito l'avvio e la gestione della riforma. L'approvazione definitiva del disegno di legge regionale, attualmente approvato dalla Giunta (Del.G.R. n. 4/04) dovrebbe contribuire a restituire organicità ed unitarietà al sistema.

Le scelte adottate dalla Regione Emilia Romagna, per l'attuazione della riforma del welfare locale sono legate alla strategia complessiva che ha accompagnato il lungo lavoro per arrivare alla L.R. n. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". L'idea portante, come si deduce dalle varie presentazioni della legge, è stata la promozione del diritto di cittadinanza e del diritto all'inserimento attraverso l'integrazione di tutte le politiche regionali: quelle sanitarie ed educative, di formazione e del lavoro, culturali, urbanistiche ed abitative, tutte volte ad innalzare la qualità del vivere nella collettività.

L'analisi di tutta la produzione normativa regionale evidenzia, in maniera univoca, il lungo percorso di riflessione e condivisione di principi ed esperienze, che la Regione ha inteso valorizzare per fornire ai territori una cornice normativa organica capace di consolidare e non di stravolgere un modello di welfare gradualmente costruito nel corso degli anni.

In seguito all'emanazione della legge quadro nazionale di riforma del welfare, la **Regione Friuli Venezia Giulia** ha adottato, con Del.G.R. n. 1891 del 29 maggio 2002, il "Programma per la prima attuazione della L. 328/2000" e disciplinato con una legge

regionale successiva (L.R. n. 19/2003) il riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB).

La linea di sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali è proseguita con la L.R. n. 23/04 che detta disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatici e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e definisce la disciplina degli strumenti di programmazione, valorizzando il ruolo dei Comuni e del Terzo Settore e perseguendo la strada dell'integrazione sociosanitaria.

Dopo l'entrata in vigore della Legge 328/2000, la **Regione Lazio** ha avviato il processo di costruzione del sistema di welfare regionale da un lato con la predisposizione di atti di programmazione e linee guida relativi alle politiche sociali e socio-sanitarie,³ dall'altro mediante l'approvazione di specifiche leggi di settore.

Rispetto alla normativa regionale di settore si riportano alcuni dei provvedimenti più significativi:

- L.R. n. 32/01 con la quale si promuove l'attuazione di una politica organica volta a sostenere la famiglia nel libero svolgimento delle proprie funzioni sociali;
- legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004 che ha introdotto delle misure di sostegno al reddito a favore dei soggetti che percepiscono gli assegni sociali o le pensioni minime;
- L.R. n. 11/04 (art.55) che prevede l'istituzione del Fondo socio-sanitario regionale per la non autosufficienza;
- L.R. n. 4/03 con la quale vengono definite le norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali;
- L.R. n. 41/03 recante norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali.

La **Regione Liguria** ha provveduto al riassetto dei Servizi Sociali e dei rapporti con le USL con la L.R.n. 30/98. Successivamente all'emanazione di tale legge e all'entrata in vigore della L. 328/2000 l'amministrazione regionale ha assunto un forte ruolo programmatico e di indirizzo. La disciplina del sistema di welfare regionale è, infatti,

³ Tra i più rilevanti: definizione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo regionale, definizione degli obiettivi di politica sociale forniti ai Comuni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali.

contenuta quasi esclusivamente in una serie di atti regolamentari e di indirizzo successivi. Si citano i principali:

- Del. G.R. n. 395/02 - approvazione del "Manuale per l'accreditamento" delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, aggiornato con Del. G.R. N.1575/03.
- Del .G.R. n. 448/03 - Linee Guida ai Comuni per la gestione associata dei servizi sociali.
- Del. G.R n. 362/04 - Indirizzi per la diffusione a livello regionale dell'assegno servizi.
- Del. G.R. n. 1614/04 - Promozione delle attività a sostegno della famiglia
- Del. Pres.G.R. n. 6/03 (parzialmente modificata con decreto 7/03) Regolamento per la classificazione e trasformazione delle IPAB.

Volendo attuare una riflessione complessiva sulla produzione normativa dell'ultimo quinquennio, si può dire che la tendenza ad assumere una legislazione organica si va consolidando, pur in presenza di specifiche azioni settoriali.

Il riordino del sistema dei servizi sociali della **Regione Lombardia** è stato avviato con la L.R. n. 31/97 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali", successivamente integrata dalla L.R. n. 1/01 "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia", che ha distinto i ruoli e le competenze delle ASL, dai ruoli e dalle competenze dei Comuni.

Il quadro normativo lombardo si distingue per l'adozione della L.R. n. 1/03 avente ad oggetto "Il riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia" che rappresenta il primo atto legislativo organico di riordino delle IPAB a livello nazionale.

Con Del. G.R. n. 12902/03 la Regione ha, inoltre disciplinato l'introduzione del Voucher Socio-Sanitario sul Territorio Lombardo.

Il quadro normativo della **Regione Marche** è caratterizzato dal fatto che si sta procedendo alla costruzione del nuovo sistema di welfare regionale mediante l'elaborazione e l'approvazione di una serie di atti normativi settoriali che sostengono ed indirizzano i singoli interventi previsti nella legge quadro. Contemporaneamente, attraverso l'emanazione di strumenti di programmazione e atti di indirizzo e linee guida, viene perseguita l'integrazione delle politiche di welfare.

A conferma di quanto detto si consideri, ad esempio, la disciplina dei servizi e degli interventi dell'area infanzia e adolescenza. Con L.R. n. 9/03 (che integra e modifica la precedente L.R. n. 46/95) viene definita la "Disciplina per la realizzazione e gestione di servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie"; con il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche", approvato dalla Giunta Regionale nel giugno 2005, vengono riorganizzate, secondo un disegno unitario, le norme, le linee di indirizzo, le strategie, i percorsi operativi, il sistema dei servizi, delle attività e delle azioni che fanno capo a competenze diverse e sono contenute in provvedimenti diversi. Lo stesso vale per l'area della disabilità disciplinata dalla L.R. n. 28/2000 (che modifica e integra la precedente L.R. n. 18/96 "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate"). Anche tale area di policy trova una concreta sistematizzazione nel "Piano di interventi per i disabili", approvato dalla Giunta Regionale nell'aprile 2004.

Gli altri provvedimenti normativi di rilievo sono: della L.R. 20/02 "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale" e la Del. G.R. n.1133/03 in materia di tariffe e affidamento di servizi.

La **Regione Molise** ha iniziato il processo di riforma dei servizi sociali prima dell'entrata in vigore della legge 328/00 emanando la L.R. n. 1/00 "Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza" con la quale si è inteso istituire un sistema organico di protezione sociale con il conferimento ai Comuni ed agli Enti Locali dei compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali. Da qui è iniziata una copiosa produzione normativa di settore orientata a far progredire la materia sociale in attesa di sviluppo di nuovi indirizzi post legge 328/00. Con l'emanazione del Piano socio-assistenziale regionale. (Del. G.R. n. 251/04) e delle Linee Guida per la stesura dei Piani di Zona (Del. G.R. n. 906/05) si è dato avvio alla riorganizzazione del sistema di welfare regionale, passando da una normativa settoriale ad una produzione di norme più organica e meglio strutturata. Altro passo importante è rappresentato dalla L.R. n. 9/2005 che riordina il Servizio Sanitario Regionale e pone le basi per l'integrazione socio-sanitaria.

Un discorso a parte meritano le **Province Autonome di Trento e Bolzano**. Le politiche sociali della Provincia di Trento trovano principale riferimento nella legge provinciale n. 14/91, che disciplina l'ordinamento dei servizi socio-assistenziali. Allo stesso modo, la legge provinciale 30/91 "Riordino dei servizi sociali nella Provincia di Bolzano" costituisce ad oggi la base normativa di riferimento per il settore delle politiche sociali. A completare i rispettivi quadri di riferimento si pongono i Piani regionali per le politiche sociali e le relative linee guida. ("Piano Sociale e assistenziale 2002-2003. Linee guida e misure attuative" per la provincia di Trento⁴ e "Piano sociale provinciale 2000-2002" per la Provincia Autonoma di Bolzano.⁵

Il modello di welfare della **Regione Piemonte** è fortemente condizionato dall'impostazione normativa della L.R. n. 62/95 "Norme per l'esercizio funzioni socio assistenziali" che organizza il territorio in 65 ambiti cui affida la gestione delle politiche sociosanitarie.

La produzione normativa successiva all'emanazione della legge quadro di riforma delle politiche sociali a livello nazionale conferma questa scelta organizzativa e gestionale, per quanto solo con l'emanazione della L.R. n. 1/04 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e di riordino della legislazione di riferimento" viene ricomposto il quadro generale caratterizzato da una produzione normativa ricca anche se frastagliata e in alcuni casi molto specifica.

La **Regione Puglia** ha approvato nel 2003 la legge regionale di riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali L.R. n. 17/03, recependo solo in parte i principi nazionali in materia di programmazione, autorizzazione e accreditamento, livelli essenziali delle prestazioni. E' invece del 2004 la normativa di riordino delle IPAB e di disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona (L.R. n. 15/04), nonché la legge che disciplina gli interventi in favore delle famiglie (L.R: n. 5/04). Va registrato, tuttavia, il lavoro già svolto in questi mesi per la stesura di un Disegno di legge organico per la "Disciplina del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali per la dignità ed il benessere delle persone e delle famiglie") che supererà le l.r. n. 17/209093 e n. 5/2004, rendendo più pieno il recepimento del quadro dei principi della l. n. 328/2000, innovando i percorsi attuativi e il quadro di competenze dei diversi livelli istituzionali di

⁴ Attualmente la Provincia sta discutendo un disegno di riforma istituzionale (disegno di legge Bressanini) e di riforma del welfare (disegno di legge Dalmaso).

⁵ Attualmente sono in via di definizione il nuovo piano sociale e il nuovo piano sanitario 2006-2008.

governo, ma introducendo anche la piena integrazione delle politiche sociali con le politiche socio-sanitarie, con le politiche per l'immigrazione e con le politiche per il contrasto delle nuove povertà.

La **Regione Sardegna** ha iniziato il proprio percorso di riordino del sistema di servizi socio-assistenziali con la L.R. n. 4/88 che, facendo propria una filosofia fortemente innovativa, attribuiva ai comuni la titolarità nella programmazione dei servizi sulla base degli indirizzi del piano regionale socio assistenziale. Tuttavia, per quanto la Regione abbia all'attivo due Piani Sociali Regionali, resta in vigore tutta la produzione normativa precedente all'approvazione della legge nazionale che, oltre a presentare lacune significative rispetto ad alcuni principi innovativi sanciti dalla riforma è caratterizzata dalla cospicua presenza di norme settoriali che hanno, di fatto, rallentato la realizzazione di un sistema integrato di welfare locale.

Nella direzione di un definitivo superamento di questa situazione di enpasse si attesta il DDL "Sistema Regionale Integrato di servizi alla persona", che recepisce i principi della legge quadro, pur nel segno di una continuità con gli aspetti innovativi già contenuti nella preesistente legislazione regionale.

La **Regione Sicilia** ha dato avvio al processo di riforma dei servizi sociali, dopo la legge 328/00, senza promulgare una propria legge di recepimento ma emanando, nel luglio 2002, le prime Linee di indirizzo ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona – Triennio 2001-2003, poi convertite in Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana (Decreto Presidenziale del 4/11/2002). Tale scelta era motivata dal fatto che la Regione si era dotata nel 1986 di una legge (L.R. n. 22/86) di "Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia" basata sulla pianificazione locale. La principale novità normativa è, pertanto, rappresentata dalla L.R. n. 10/03 "Norme per la valorizzazione della famiglia", successiva all'istituzione dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali (L.R. n. 6/03), con la quale si riconosce alla famiglia il ruolo di soggetto sociale di primario riferimento per gli interventi socio-assistenziali, socio-sanitari, socio-culturali ed educativi da programmare e realizzare sul territorio regionale.

L'analisi del quadro normativo della **Regione Toscana** non può prescindere dalla L.R. n. 72 /97, che anticipando, in parte, i principi e le disposizioni della Legge Quadro 328/00, ha avviato e consolidato la riforma del welfare regionale. Con l'approvazione

della nuova L.R. n. 41/05 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza” sono stati recepiti tutti i cambiamenti legislativi intercorsi negli ultimi anni e si è conferita piena organicità al sistema. Il testo normativo, proprio nell’ottica dell’organicità e della completezza pone particolare attenzione alle disposizioni di indirizzo sulle politiche sociali di settore. Rispetto ai provvedimenti di attuazione della legge 328, l’unica dispersione rilevabile riguarda la disciplina delle IPAB, per la quale la Regione ha adottato, già nel 2004, un provvedimento ad hoc (L.R. 43/04 Riordino e trasformazione delle IPAB).

La **Regione Umbria** da avvio al processo di attuazione della riforma socio-assistenziale con L.R. n. 3/97 “Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e di riordino delle funzioni socioassistenziali” e con L.R. n. 34/98 “Criteri e modalità per il conferimento di funzioni amministrative agli Enti Locali e per l’organizzazione e l’esercizio delle stesse a livello locale”, entrambe anticipatorie di alcuni principi fondamentali sanciti poi con la Legge quadro nazionale.

Tutta la produzione normativa successiva assolve pertanto alla finalità di adeguare la normativa preesistente con modifiche puntuali e settoriali. Con la L.R. n. 5/03, la Regione ha provveduto, infatti, ad integrare la normativa preesistente limitatamente alla disciplina dell’autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi, adeguandola alle indicazioni contenute nell’art.11 della legge 328/00.

Nell’analisi del quadro normativo della **Regione Valle d’Aosta** non si può non tener conto di alcune peculiarità del territorio di riferimento che hanno indotto l’amministrazione regionale a presidiare non solo gli aspetti programmatori e di indirizzo, ma anche a quelli gestionali.

La coesistenza di questa duplice competenza (gestionale e programmatica) trova conferma nella L.R. n. 5/00 che, oltre a definire gli assetti organizzativi del sistema di welfare regionale, disciplina anche i livelli di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Al di là di questa considerazione, ma forse proprio per effetto di essa, la produzione normativa regionale si caratterizza per l’integrazione e l’interdisciplinarietà dei contenuti.

La produzione normativa della **Regione Veneto** si caratterizza per la presenza di una disciplina organica del sistema delle autorizzazioni e dell’accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie (L.R. n. 22/02) e di una serie di disposizioni in tema di

riordino e semplificazione amministrativa in materia di sanità e servizi sociali adottate con L.R. n. 41/03.

Le considerazioni sull'attuale quadro normativo regionale non possono, tuttavia, prescindere dall'esistenza di una proposta di "Testo organico per le politiche sociali della Regione Veneto" (DGR 3/DDL del 25 gennaio 2002) presentato al Consiglio Regionale come disegno di legge di iniziativa della Giunta nella precedente legislatura, che è tutto orientato verso la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, in linea sia con i principi fondamentali della riforma statale che con la tradizione del modello veneto di stato sociale.

La Regione Veneto ha, inoltre, elaborato un progetto di legge che disciplina il processo di trasformazione delle IPAB (PdL n. 278/02).

1.2 Quadro programmatico

La riforma del sistema dei servizi sociali in Italia appare avviata in tutto il territorio nazionale e mostra un profilo omogeneo per gli aspetti che riguardano le programmazioni regionali. Le singole Regioni presentano molteplici analogie in relazione alle scelte compiute e alle modalità per renderle operative. Alcune differenze sono, però, riscontrabili sugli strumenti finora messi in campo e sui tempi con cui il nuovo sistema dei servizi si sta, gradualmente, realizzando nelle Regioni italiane.

Per quanto riguarda il processo di pianificazione, a parte **l'Emilia Romagna** e la **Campania** che hanno proposto gli orientamenti regionali attraverso linee guida, tutte le Regioni hanno elaborato un Piano Sociale Regionale. L'attuazione di questi piani regionali si realizza in maniera differenziata rispetto ai tempi di attuazione in ogni singola regione (vedi Tab.1), infatti, in contesti come **l'Abruzzo, l'Umbria**, e la PA di **Bolzano** si stanno attuando le seconde edizioni dei piani.

In riferimento agli indirizzi per la gestione associata dei comuni e agli orientamenti regionali per la programmazione territoriale, il quadro nazionale presenta una sostanziale omogeneità. Tutte le Regioni hanno, infatti, prodotto Linee Guida per sostenere la programmazione territoriale e facilitare l'elaborazione dei piani territoriali, ad eccezione della **Calabria**, in cui saranno diffuse in seguito all'avvio del Piano Regionale. Un rilievo interessante è fornito anche dalla presenza, in quasi tutte le Regioni, di indirizzi per la gestione associata del sistema dei servizi. Tuttavia, pur

affermato come principio nella Legge 328/00, pur ribadito nelle programmazioni regionali e territoriali, la modalità di gestire in maniera integrata il sistema dei servizi sociali non è ancora del tutto consolidata.

Differenti scelte e impostazioni fra le diverse Regioni si iniziano a rilevare rispetto alle modalità con cui si è inteso gestire tecnicamente la riforma dei servizi. Infatti, appare, meno omogenea la scelta, da parte delle Regioni, di dotarsi di organismi tecnici per sostenere la funzione di regia e coordinamento delle attività relative alla trasformazione del sistema dei servizi. La predisposizione di questi organismi di orientamento e gestione regionale è una scelta fortemente connessa alle modalità di programmazione previste. Cinque Regioni hanno ritenuto opportuno costituire una Cabina di Regia anche se esprimono caratteristiche di composizione e di operatività diversa in ognuna delle realtà in cui sono sorte. In **Basilicata**, infatti, tale organismo agisce, in sinergia con l'Ufficio competente del Dipartimento Sicurezza Sociale, come supporto tecnico alle costituende associazioni per gli accordi convenzionali e per la redazione dei Piani zonali. In **Sicilia**, invece, la cabina di regia, composta da funzionari regionali, consulenti esterni e rappresentanti dell'ANCI, ANCI Federsanità e dell'URPS., organizza il "Tavolo di Concertazione Regionale", che rappresenta il luogo di confronto e decisione sul piano politico-istituzionale con i diversi livelli istituzionali e i vari soggetti sociali. Anche nelle **Marche** è in programma l'istituzione di una Cabina di Regia a livello regionale che dovrebbe avere una duplice funzione: la vigilanza sull'applicazione delle Linee Guida Regionale e il monitoraggio dell'attuazione dei Piani di Zona da utilizzare per la riprogrammazione. Già presente dalla scorsa legislatura, la Cabina di Regia dell'**Emilia Romagna** è composta da amministratori comunali e provinciali e dagli Assessori regionali alla Salute e alle Politiche sociali, supportata da un nucleo tecnico con le stesse componenti, si occupa dell'attuazione della riforma regionale dell'assistenza (L.R. 2/2003). In **Campania**, infine, la cabina di regia, composta dal Coordinatore dell'Area Politiche Sociali, da dirigenti e funzionari dell'Assessorato alle politiche sociali e da consulenti esterni, si occupa di monitorare l'andamento della programmazione territoriale, di elaborare strategie per facilitare l'implementazione del sistema di servizi territoriali e di orientare le attività per il sostegno e la consulenza diretta agli ambiti territoriali dell'Unità Tecnica Operativa (UTO). Sempre in **Campania**, oltre alla cabina di regia è stato istituito anche l'Ufficio di Piano Regionale, composto da dirigenti e

funzionari del settore politiche sociali, si avvale dei contributi di consulenti esterni previsti dal programma di assistenza tecnica alla regione, e si occupa di gestire le relazioni con gli uffici di piano degli ambiti territoriali per gli aspetti gestionali, amministrativi e valutativi. Anche in **Abruzzo** e **Sicilia** si rileva l'esistenza di un Ufficio di piano regionale che si occupa prevalentemente della gestione del piano sociale regionale. In particolare l'Ufficio di Piano siciliano supporta le attività della cabina di regia e rappresenta la commissione tecnica per le attività di accompagnamento e assistenza; strettamente connessi alle fasi di definizione del Piano Regolatore regionale. Nelle Regioni in cui non sono presenti uffici di piano o cabine di regia si riscontrano altre forme organizzative per la gestione tecnica. In **Molise** è attualmente in funzione un tavolo tecnico, propedeutico all'istituzione dell'Ufficio di Piano Regionale composto, oltre che dal Servizio Promozione e tutela sociale, anche da ANCI, UPROM, responsabili di altri servizi e consulenti esterni. Nelle altre Regioni si rilevano altre forme di coordinamento regionale delle attività previste dall'attuazione della riforma dei servizi: il Centro Regionale per l'Economia Sociale in **Calabria**; il Tavolo di Lavoro Tecnico nel **Friuli Venezia Giulia**; il Coordinamento Strategico dei Dirigenti di Area in **Liguria**; la Task Force per la realizzazione del Testo Unico di riforma sulle Leggi di Programmazione in **Lombardia**; l'Ufficio Verifica in **Piemonte**; l'Osservatorio Sociale Regionale in **Toscana**; il Gruppo di lavoro per la predisposizione del Piano dei servizi alla persona ed alla comunità in **Veneto**.

Anche l'organizzazione del territorio regionale ha tenuto conto di un criterio generale riscontrabile in tutte le Regioni, cioè la suddivisione del territorio in relazione alla presenza e ai confini dei distretti sanitari e in alcuni casi, come per esempio il **Molise**, delle Comunità Montane. Differenze di tipo terminologico si rilevano, invece, nella denominazione dei nuovi territori: **Calabria, Lazio, Liguria, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta** e la PA di **Bolzano** hanno utilizzato il termine distretti o, in alcuni casi distretto sociosanitario, mentre **Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Piemonte, Umbria** e **Veneto** hanno denominato i nuovi territori come ambiti territoriali, pur facendoli coincidere di norma con gli stessi distretti socioanitari. In **Emilia Romagna** e in **Toscana** si trovano rispettivamente le zone sociali e le zone sociosanitarie, mentre nella PA di **Trento** il territorio è stato suddiviso in comprensori che, in seguito all'approvazione del disegno di legge di riforma del

welfare, si trasformeranno in Comunità di Valle. Particolarmente interessante risulta l'esperienza toscana che nella fase attuale di ridifinizione delle linee di sviluppo di programmazione regionale, prevede una progressiva unificazione delle procedure di programmazione del settore sanitario e di quello sociale che si realizza all'interno della *zona-distretto* tramite l'incentivazione di forme innovative di gestione unitaria dei servizi, denominate *Società della Salute*.

Nessuna distinzione è invece rilevabile rispetto alle modalità di programmazione territoriale che coincidono per tutte le Regioni nello strumento dei Piani Sociali di Zona; le uniche eccezioni sono rappresentate dalla Toscana e dalla Sardegna. La **Regione Toscana**, infatti, con l'avvio della Società della Salute, ha previsto il *Piano Integrato di Salute* come strumento unitario di programmazione di zona. Nel nuovo assetto territoriale, la conferenza dei sindaci, nella sua articolazione zonale, e l'azienda unità sanitaria locale programmano i servizi e le prestazioni ad alta integrazione per gli utenti residenti nella zona, utilizzando lo strumento dei piani integrati di salute. In tale ambito, le aziende unità sanitarie locali e i comuni individuano, mediante un apposito progetto, le modalità gestionali per la traduzione operativa delle strategie concordate, le azioni specifiche e le rispettive risorse messe a disposizione. Le linee di programmazione di zona ed il progetto di gestione, totalmente o parzialmente espressi in piani integrati di salute, costituiscono parti integranti del piano attuativo locale e del piano di zona dei comuni. In **Sardegna**, invece, i programmi comunali di intervento, basati su progetti obiettivo, saranno progressivamente sostituiti dai Piani Locali Unitari Sociali (Plus) che, oltre alla partecipazione dei Comuni dell'ambito e dell'azienda Usl, prevedono l'adesione di altre istituzioni pubbliche locali e il contratto di programma con i soggetti privati che concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel Piano.

Tabella 1- Stato della programmazione regionale

Regione	Leggi sul sistema dei servizi sociali	Modalità di programmazione regionale	Orientamenti regionali per la programmazione territoriale	Orientamenti regionali per la gestione delle risorse
----------------	--	---	--	---

Abruzzo	L.R. n. 22/1998	Piano Sociale Regionale 1998/2000; 2002/2004	Linee Guida Piani di zona dei Servizi Sociali	Indirizzi per nuova politica regionale della spesa
Basilicata	L.R. n. 50/1980 L.R. n. 25/1997	Piano Regionale Socio-Assistenziale 2000/2002	Linee guida	Indirizzi per la gestione associata
Bolzano	L.P. n. 13/1991	Piano Sociale 2000/2002; 2006/2008	Linee guida	Indirizzi per la gestione associata
Calabria	L.R. n. 23 del 05/12/2003	Piano Sociale Regionale 2004/2006 (non ancora operativo)	-	Indirizzi per la gestione associata
Campania	-	-	Linee Guida	Indirizzi per la gestione associata
Emilia Romagna	L. R. n 2 del 12/03/2003	Programma Attuativo Annuale	Linee Guida per l'approvazione dei PdZ	Indirizzi per la gestione associata
Friuli Venezia Giulia	L.R. n. 23 del 17/08/2004	Piano sociale regionale 2002-2004	Linee di sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali	Indirizzi per la gestione associata
Lazio	L.R. n. 38/1996	Piano Sociale Regionale	Linee Guida	Indirizzi per la gestione associata
Liguria	L.R. n.7 del 02/04/01	Piano sociale regionale 2002 - 2004	Linee Guida	Indirizzi per la gestione associata
Lombardia	L.R. n. 31/1997	Piano Socio-Sanitario 2002 - 2004	Linee Guida	Indirizzi per la gestione associata
Molise	L.R. n. 1 del 7/01/2000	Piano Socio-Assistenziale regionale 2004-2006	Linee Guida per la stesura dei Piani di Zona	-
Marche	L.R. n. 9, 13/05/03	Piano Sociale Regionale	Linee guida	Indirizzi per la gestione associata Programmi di settore
Piemonte	L.R. n. 1 del 08/01/04	-	Linee guida	Indirizzi per la gestione associata
Puglia	L.R. n. 17 del 25/08/2003	Piano Regionale delle Politiche sociali	Linee guida	Linee guida e Regolamenti
Sardegna	L.R. n. 4/1988	Piano Sociale Regionale	Linee guida	Indirizzi per la gestione associata
Sicilia	L. R. n.10, 31/07/03	Piano Socio-Sanitario	Linee guida	Indirizzi per la gestione associata
Toscana	L. R. n. 41 del 2005	Piano Sociale Integrato 2002-2004 (PIRS)	Linee guida	Indirizzi per la gestione associata Società della salute

Trento	L.P. n. 14/1998	Piano Sociale e Assistenziale 2002-2003.	Linee guida e misure attuative	Indirizzi per la gestione associata
Umbria	L.R. n. 3/1997	1° 2° Piano Sociale Regionale	Linee Guida costruzione dei PdZ (2000)	Indirizzi per la gestione associata
Valle D'Aosta	L.R. n. 5 del 25/01/2000	Piano Sociale Regionale 2006/2008	Linee Guida per la costruzione dei PdZ	Indirizzi per la gestione associata CELVA Consorzio Enti Locali Valle d'Aosta
Veneto	L.R. n. 41, 19/12/03	Piano Regionale Servizi alla Persona alla Comunità 2003 – 2005	Linee Guida	Indirizzi per la gestione associata

Tabella 2 - Stato della programmazione territoriale

Regione	Organizzazione territoriale	Modalità di programmazione territoriale	Organismi tecnici a regia regionale
Abruzzo	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Ufficio di Piano Regionale
Basilicata	Ambiti territoriali	Piani di Zona	Cabina di regia
Bolzano	Comprensori Distretti	Piani di zona collegati a quelli di settore e dei comprensori	Ripartizione politiche sociali
Calabria	Distretti Socio-sanitari	-	Gruppo di lavoro Istituzionale
Campania	Ambiti Territoriali	Piani sociali di zona	Ufficio di piano regionale; Cabina di regia; Unità Tecnica Operativa
Emilia Romagna	Zone sociali	Piani sociali di zona	Cabina di regia
Friuli Venezia Giulia	Ambiti territoriali	Piano di zona Programma attività territoriali	Tavolo di Lavoro tecnico
Lazio	Distretti	Piani di Zona	Direzione Regionale Servizi Sociali
Liguria	Zone territoriali Distretti sociali	Piani di zona	Coordinamento strategico dei Dirigenti di Area operato dal Segretario Generale
Lombardia	Ambiti territoriali	Piani sociali di zona	Task force per la realizzazione di un Testo Unico di riforma su leggi di programmazione

Molise	Aree	Piani di zona	Tavolo Tecnico propedeutico alla costituzione dell'Ufficio di Piano
Marche	Ambiti territoriali	Piani di zona	Cabina di regia (in corso di istituzione)
Piemonte	Ambiti territoriali Enti Gestori	Piani di zona	Ufficio Verifica
Puglia	Ambiti territoriali	Piani di zona	Settore Sistema Integrato Servizi Sociali e Settore Programmazione Sociale e
Sardegna	Ambiti territoriali	Programmi comunali Piani Locali Unitari Sociali	Servizio Programmazione
Sicilia	Distretti socio-sanitari	Piano sociali di zona	Cabina di regia
Toscana	Zone socio sanitarie	Piani di zona PIS	Osservatorio sociale regionale
Trento	Comprensori Comunità di Valle	Piani sociali di zona	Comitato per la programmazione delle politiche sociali Comitato provinciale per il volontariato
Umbria	Ambiti territoriali	Piani Sociali di Zona	Sezione Programmazione Sociale di territorio del Servizio Programmazione socio-assistenziale
Valle D'Aosta	Distretti Socio- sanitari	Piani Sociali di Zona	Commissione regionale su povertà ed esclusione sociale Gruppo di lavoro su politiche familiari
Veneto	Ambiti	Piani sociali di zona Piani locali domiciliarità	Gruppo di lavoro per predisposizione del Piano dei servizi alla persona ed alla comunità

CAPITOLO V

LE SCELTE DELLE REGIONI NEL PROCESSO DI GOVERNANCE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO

La legge quadro n. 328 del 2000 disegna un vero e proprio scenario di *multilevel* governance e conferma il ruolo di regia dei Comuni che concorrono alla programmazione regionale e promuovono l'attivazione di risorse nelle comunità locali. Essa introduce i piani di zona, strumento di pianificazione interistituzionale, volti a promuovere l'integrazione delle politiche. In questo contesto, la Regione definisce gli ambiti territoriali attraverso la concertazione con gli enti locali, mentre le Province concorrono alla programmazione regionale e di zona, con interventi prevalentemente nella formazione e nei sistemi informativi.

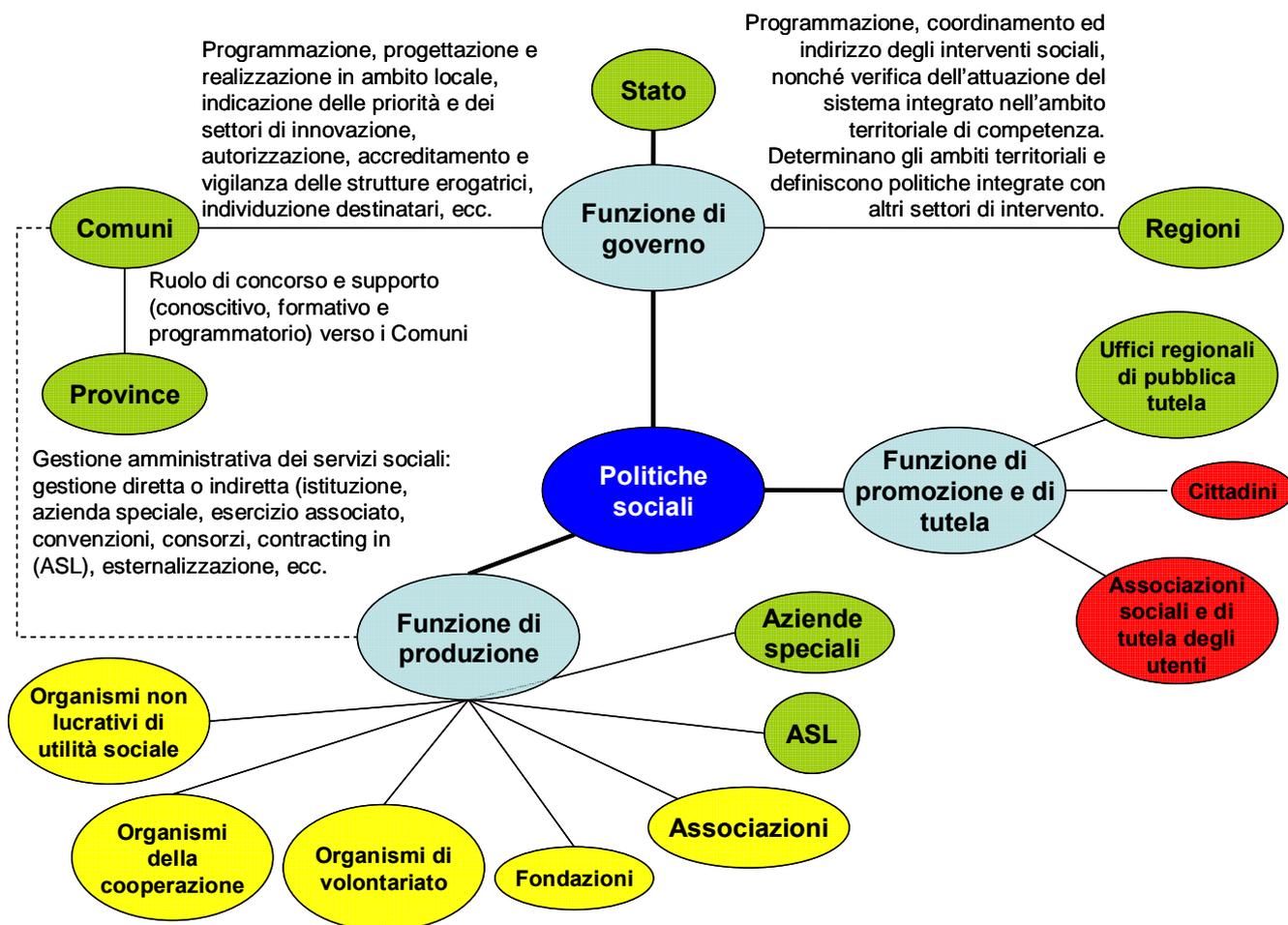
La L. Cost. 3 del 2001 attribuisce potestà legislativa primaria alle Regioni che hanno la responsabilità di attuare le riforme del welfare locale. aspetti peculiari nell'ottica di governance sono: le reti integrate di servizi sociali e sociosanitari; e i percorsi di inclusione ed attivazione di tutte le risorse delle comunità locali. La legge riserva alla potestà esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali di prestazioni su tutto il territorio nazionale. Per i Comuni, che rappresentano gli interessi della comunità, vengono previste forme associative, accordi di programma e modalità innovative di gestione dei servizi sociali. Il risultato finale è quello di estrema eterogeneità dei sistemi di offerta del welfare locale.

Il sistema delle politiche sociali, quindi, manifesta le principali caratteristiche del paradigma di governance pubblica ed in particolare una molteplicità di attori più o meno attivi nelle diverse fasi delle politiche e relazioni improntate alla collaborazione ed alla partecipazione.

Tuttavia, la non chiara definizione delle modalità di distribuzione delle funzioni tra Stato, Regioni ed enti locali e, soprattutto, l'enfasi assegnata al principio di collaborazione, che trova nel sistema della pubblica amministrazione italiana, un divario tra principi normativi e capacità effettiva di cooperazione interistituzionale, ha determinato una notevole disomogeneità nella legislazione regionale di attuazione.

Questo implica che il decentramento istituzionale si va ad inserire in un sistema amministrativo regionale a diverse velocità, con Regioni che, avvantaggiate dal modello organizzativo e soprattutto dalla cultura e dalle prassi operative, reagiranno con prontezza ed altre Regioni che non sono ancora pronte a cogliere tutte le possibili opportunità.

Il passaggio da government a governance con riferimento alle politiche sociali



Nella figura sono elencati solo i principali soggetti responsabili di ciascuna funzione. Infatti, come risulta anche dalla tabella seguente, alle funzioni di governo, produzione, e di tutela e promozione dei diritti sociali contribuiscono numerosi altri attori, sia

assumendone la responsabilità diretta, sia in maniera indiretta qualora coinvolti dai primi⁶.

Governance delle politiche sociali: funzioni, ruoli ed attori

	Funzione di governo	Funzione di produzione	Funzione di tutela e promozione dei diritti sociali
Soggetti responsabili	Enti Locali Regioni Stato	Amministrazioni pubbliche Organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, fondazioni, enti di patronato, ecc.	Soggetti pubblici e privati (esempio Uffici regionali di pubblica tutela)
Soggetti coinvolti	Organismi non lucrativi di utilità sociale Organismi della cooperazione Associazioni ed enti di promozione sociale Fondazioni, enti di patronato Organizzazioni di volontariato Enti religiosi Ecc.	Persone e nuclei familiari Solidarietà organizzata	Cittadini, organizzazioni sindacali, associazioni sociali e di tutela degli utenti
Principi di esercizio	Sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza, economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità e unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli EELL.	Parità fra soggetti pubblici e privati nell'esercizio della funzione di produzione di servizi ed interventi (sia nella realizzazione, sia nella progettazione). Principio di sussidiarietà orizzontale.	La partecipazione attiva dei soggetti coinvolti è espressamente volta al raggiungimento dei fini istituzionali.

5.2 Le variabili discriminanti per la classificazione dei percorsi regionali

Al fine di offrire una riflessione complessiva sui processi di governance avviati dalle diverse Regioni per le politiche sociali, vengono di seguito identificate le principali variabili qualificanti la governance di tali politiche a livello regionale e definite alcune categorie analitiche di Regioni.

Le variabili sono state selezionate in modo da riflettere sia la prospettiva interna delle singole Regioni, sia quella interistituzionale e, più propriamente, esterna, che comprende i rapporti tra enti pubblici di vario livello e tra Regioni e aziende *for e non profit*, nonché i rapporti con i cittadini/utenti.

Le variabili discriminanti, illustrate nella tabella seguente, sono:

⁶ Formez, (2003), *L'attuazione della riforma del welfare locale*.

- Il livello di integrazione delle politiche;
- Il rapporto politica – amministrazione;
- Le innovazioni gestionali;
- I rapporti di sussidiarietà (verticale ed orizzontale);
- Il rapporto con i cittadini.

L'ipotesi sottostante questo modello è che i risultati delle politiche sociali a livello regionale dipendono da un processo circolare che lega il contesto di riferimento generale con le scelte operate dal livello politico istituzionale che, a loro volta, influenzano l'azione posta in essere dal management che condiziona i comportamenti degli attori pubblici e privati sul territorio. In tal modo, si dedica attenzione non solo alla molteplicità di attori coinvolti (Stato, Regioni, Province, Enti Locali, parti sociali, soggetti produttori pubblici e privati, ecc.), ma anche alla tendenza a decentrare o meno le competenze istituzionali nell'ambito delle politiche sociali.

Il modello di governance proposto evidenzia, da un lato, la necessità di enfatizzare il presidio delle prospettive interistituzionale ed esterna, e dall'altro, il ruolo della prospettiva interna di governance. Infatti, questa ultima si pone come requisito imprescindibile affinché si abbia un livello soddisfacente di governance delle politiche sociali.

Le variabili chiave del modello operativo di governance delle politiche sociali

Livelli d'analisi	Interno	Interistituzionale	Esterno
Variabili	Livello di integrazione delle politiche (strutture assessorili, meccanismi di coordinamento, strumenti di pianificazione integrata) Distinzione politica/amministrazione (presenza di agenzie operative, correlazione tra deleghe assessorili e strutture dipartimentali) Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale (altri livelli di governo: EELL, province, UE)	Sussidiarietà orizzontale (relazioni di collaborazione con privato, for e non profit) Orientamento ai cittadini-utenti (carta dei servizi, carta della cittadinanza)

5.3 Le tipologie possibili di governance regionale

Le sei variabili individuate – appartenenti ai tre livelli, interno, interistituzionale ed esterno – consentono, come già anticipato, di costruire un modello operativo di governance delle politiche sociali, attraverso il quale leggere la realtà delle Regioni analizzate.

La tabella seguente si presta a una duplice lettura. In orizzontale, essa consente di analizzare lo stato della governance delle politiche sociali in una determinata Regione. Infatti, la letteratura ha concluso che uno stato soddisfacente di governance non può prescindere da un presidio equilibrato di tutti e tre i livelli. Tale lettura consente di fornire utili indicazioni operative ai responsabili regionali.

La tabella può anche essere letta in verticale, consentendo così una comparazione della governance delle politiche sociali tra le diverse Regioni italiane.

Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
Abruzzo	Più assessorati e, dal 2000, due direzioni diverse (politiche sanitarie e politiche sociali). Pronto Abruzzo Sociale, Portale OSR. Gruppo di coordinamento per la definizione del modello distrettuale	Non ci sono agenzie nell’ambito delle politiche sociali. Abruzzo Lavoro.	Politiche formative per la qualificazione delle risorse umane.	Definizione degli ambiti territoriali sociali. Conferenza permanente Regione – Enti Locali. Tavoli di programmazione partecipata con le Province. Progetto COESO (livello europeo).	Regolamentazione delle autorizzazioni al funzionamento e accreditamento dei soggetti erogatori di servizi alla persona.	Carta per la cittadinanza sociale (sperimentazioni).
Basilicata	Unico assessorato “Salute, sicurezza e solidarietà sociale, servizi alla persona e alla comunità”. Unico dipartimento omonimo. Ciononostante, insufficiente integrazione politiche sanitarie e socioassistenziali e Piano Socioassistenziale 2000/02 non prevede interventi per l’integrazione. Fondo Regionale Politiche Sociali.	Non ci sono agenzie nell’ambito delle politiche sociali. Agenzia per l’istruzione, la formazione professionale, l’orientamento e l’impiego.	L’Istituto “Nitti”, Agenzia regionale per lo sviluppo delle risorse amministrative ed organizzative, organizza seminari/laboratori su innovazioni organizzative, valutazione della dirigenza, bilancio sociale, comunicazione istituzionale, ecc.	Assistenza tecnica ai Comuni per l’attuazione PRS. Definizione degli ambiti territoriali sociali. Conferenza dei Sindaci e Gruppi di Piano. Convenzioni e accordi di programma (azione coordinata Regioni, province, Comuni, AUSL e altri soggetti pubblici)		
Bolzano PA	Piano sociale e piano sanitario. Unico assessorato alla sanità e al servizio sociale. Dipartimento alla sanità e politiche sociali. Altri Dipt. sono lavoro, innovazione e ricerca, cooperative, pari opportunità e formazione professionale italiana; formaz. prof. tedesca e ladina, diritto allo studio e università; famiglia, beni culturali e cultura tedesca; amministrazione del patrimonio, cultura italiana e edilizia abitativa. A livello territoriale, i distretti sociali si		Aggiornamento e formazione continua, relazione sociale annuale, pianificazione annuale per obiettivi, sistema di P&C anche verso gli enti gestori dei servizi, catalogo delle prestazioni dei servizi sociali, contabilità analitica.	Passaggio ai Comuni ed alle comunità comprensoriali delle competenze amministrative per la gestione dei servizi sociali. Conferenza regionale per le politiche sociali e Tavolo di coordinamento provincia, comuni e terzo settore. Raccordo tra gli strumenti di pianificazione.	È in via di definizione un quadro generale per l’esternalizzazione dei servizi.	Nel Piano Sociale sono definiti i diritti civili sociali fondamentali.

Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
	sovrappongono a quelli sanitari.					
Calabria	<p>Politiche sociali affidate ad un unico assessorato. Struttura organizzativa in cui le rilevanti responsabilità sono concentrate in un unico settore con un unico servizio.</p> <p>Distretti socio-sanitari, ma il PRS 2004/06 contrasta con quanto previsto dalla L.R. 23/03 in tema di integrazione delle politiche.</p> <p>In via di creazione il Tavolo Regionale integrato tra sanitario e sociale.</p>	<p>In via di costituzione il CRES (centro regionale per l'economia sociale).</p> <p>Agenzia Calabria Lavoro.</p> <p>Osservatorio lavoro minorile.</p>	Interventi formativi.	<p>Finanziamenti ai Comuni per servizi realizzati in partnership. Individuati gli ambiti territoriali in 35 distretti sociosanitari. Tuttavia difficoltà di cooperazione con i Comuni.</p> <p>Tavolo permanente per la programmazione partecipata (Regione, OOSS, ANCI, UPI, Terzo Settore).</p> <p>Non ancora istituita Conferenza permanente Regionale tra Consulta Autonomie Locali e Consulta del Terzo Settore.</p>	<p>Definite le norme per la promozione e lo sviluppo per la cooperazione sociale.</p> <p>Mancato completamento dell'istituzione dell'Albo regione delle cooperative sociali.</p>	
Campania	<p>Debole integrazione tra Assessorato Politiche Sociali e Assessorato Sanità. Si rilevano quattro aree diverse competenti di politiche sociali. Esistono dei vincoli per la presenza di referenti ASL ai tavoli di concertazione e nel coordinamento istituzionale degli ambiti.</p>	<p>Agenzia Regionale Sanità.</p> <p>Agenzia per il Lavoro (ARLAV).</p> <p>In corso di realizzazione l'Osservatorio regionale sociale, gli Osservatori povertà e Condizione dell'infanzia adolescenza.</p>	<p>Semplificazione e informatizzazione del procedimento amm.vo.</p> <p>Riqualficazione e valorizzazione delle competenze.</p>	<p>Determinati nel 2001 gli ambiti territoriali. Linee guida e assistenza tecnica e formativa agli ambiti per la gestione associata dei servizi.</p> <p>Istituita nel 2002 la Consulta Regionale dei Sindaci.</p> <p>Tavolo tecnico (Province, Comuni, Assessorati Regionali, OOSS, terzo settore) per l'attuazione della L. 328/2000.</p>	<p>L.R. 8/2003 regolamentazione, realizzazione, organizzazione e funzionamento delle RSA private.</p> <p>Delibera 2002 determina gli indirizzi per la selezione di soggetti del terzo settore.</p> <p>Tavolo permanente di concertazione all'interno dell'Osservatorio regionale del Volontariato.</p>	<p>All'esame del Consiglio Regionale il disegno di legge per la dignità e la cittadinanza sociale.</p>
Emilia-Romagna	<p>Assessorato politiche sociali e Assessorato sanità. Numerosi gruppi di lavoro interassessorili.</p> <p>A seguito dell'accorpamento delle</p>	<p>Alto livello di corrispondenza tra livello politico e tecnico-amm.vo.</p>	<p>Ampliamento platea dei destinatari dell'assegno di cura, fondo sociale per soggetti non</p>	<p>Conferenza Regionale Autonomie Locali, composta da amministratori regionali, comunali e provinciali, Cabina di Regia che vede la</p>	<p>Conferenza regionale del Terzo Settore</p>	<p>Sportello sociale, quale porta unitaria d'accesso al sistema, volto a</p>

Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
	<p>direzioni generali, si è unificata la Direzione politiche sociali con quella della sanità.</p> <p>Coincidenza delle zone sociali con i distretti sanitari.</p> <p>Piano integrato Sociale e Sanitario 2005/07.</p> <p>Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Comitato di Distretto.</p>	<p>Agenzia sanitaria, articolata in aree programma, compresa una sulle politiche sociali.</p>	<p>autosufficienti, reddito minimo d’inserimento, aziendalizzazione delle IPAB, modernizzazione della P&C.</p>	<p>partecipazione di Comuni e Province nella valutazione delle politiche regionali.</p> <p>Approvati i Piani di Zona.</p> <p>Partnership con Toscana e Marche in Brasile, programmazione zonale con Campania e Toscana.</p>		<p>garantire l’integrazione sociosanitaria e i diritti di cittadinanza, in raccordo con punti già attivati dal privato sociale e con la rete sportelli sanitari</p>
Friuli-Venezia Giulia	<p>Unico Assessorato alla salute e protezione sociale. Indicazioni verso politiche integrate nelle Linee guida su PAT e PDZ.</p> <p>Unica Direzione centrale salute e protezione sociale.</p> <p>Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale (ANCI, UPI, Federsanità-ANCI, terzo settore.</p> <p>Gli ambiti territoriali coincidono con i distretti sanitari.</p>	<p>Agenzia regionale della sanità (si tenta di integrare le sue competenze con quelle sociali e socio-assistenziali) e Agenzia del lavoro e della formazione professionale.</p>	<p>Riordino delle IPAB, riorganizzazione della macrostruttura per aree omogenee di attività, programmazione strategica e gestione per obiettivi, semplificazione livelli gerarchici, valutazione dirigenza, momenti formalizzati di coordinamento interno, AIR.</p>	<p>Definiti gli ambiti territoriali sovracomunali nel 1988.</p> <p>Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, valorizzando la gestione associata, il ruolo dei Comuni e del Terzo Settore.</p> <p>Gruppo di lavoro tecnico PDZ e PAT. Tavoli di concertazione in materia sociale e sociosanitaria sovracomunali.</p> <p>Partnership Regioni europee.</p>	<p>Tra le strategie prioritarie di intervento i processi di accreditamento e qualità.</p>	<p>Il piano strategico 2005/08 prevede il potenziamento della comunicazione tra sistema dei servizi sociali e sanitari e cittadini, a supporto di un corretto accesso e fruizione.</p>
Lazio	<p>Previsti due distinti assessorati per politiche sociali e per politiche sanitarie. Un unico Dipartimento Sociale che include al suo interno diversi gruppi interdirezionali.</p> <p>La funzione di regolazione è trasversale alle varie direzioni.</p> <p>Identificato il distretto come dimensione privilegiata dell’ambito.</p> <p>Accordi di programma in ogni distretto tra Comuni e ASL sull’integrazione socio-sanitaria.</p>		<p>Introdotta il budget di distretto.</p>	<p>Linee guida per la definizione dei PDZ. Indirizzi per la gestione associata dei comuni.</p> <p>Conferenza permanente regione – autonomie locali.</p>	<p>Regolamentate strutture ed esercizio attività sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.</p> <p>Linee guida 2004 rendono obbligatoria la partecipazione del terzo settore nella programmazione locale. Conferenza regionale del</p>	

Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
					volontariato.	
Liguria	Piano Socio-Sanitario dal 2004. Un unico assessorato alle politiche sociali, mentre sono tenute separate politiche sociali e sanitarie, oltre che quelle migratorie e del lavoro. A livello tecnico, un unico Dipartimento Salute e Servizi Sociali. Istituzionalizzazione delle zone nei distretti sanitari.	Agenzia per il lavoro.	Progetto Liguria Famiglie e introduzione assegno servizi. Controllo strategico nell'area anziani. Introdotto il referente del caso (case manager)	Costituzione ambiti territoriali e PDZ. Linee guida per la gestione associata di servizi. Consiglio delle Autonomie Locali. Partecipa alla European Network of Social Authorities.	Manuale per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Promozione della partecipazione del terzo settore alla programmazione.	
Lombardia	Assessorato alla Famiglia e Solidarietà sociale e Assessorato alla Sanità. Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale esercita funzioni in ambito socio-sanitario. Piano Socio-Sanitario Regionale. Attraverso gli obiettivi di governo regionale sono previsti momenti di collaborazione tra assessorati e direzioni generali.	Non sono previste agenzie regionali in ambito sociale o sanitario. Agenzia regionale per il Lavoro	Voucher Socio-Sanitario sul Territorio Lombardo, snellimento funzioni di staff e spostamento verso la line, formazione DG di tipo interdirezionale e su temi specifici dell'area, knowledge management, "Banca delle Ore", lavoro per obiettivi e project management, Bilancio Sociale DG Famiglia e Solidarietà Sociale, atto legislativo organico di riordino delle IPAB.	Approvazione dei PDZ. La regione concerta le scelte programmatiche con l'ANCI, le Province, i Comuni. Progetti di cooperazione internazionale con il Brasile ed il Perù, progetti Equal/FSE	Tavolo Permanente del Terzo settore. Borsa dei progetti sociali, per la collaborazione con il non profit.	Introduzione della Carta Regionale dei Servizi
Marche	Estrema frammentazione delle deleghe. Istituzione di un Comitato Tecnico Permanente tra servizi interni afferenti al sociale e al sanitario, tra soggetti privati. Piano Socio Assistenziale e Piano Sanitario. Integrazione socio-sanitaria su aree specifiche come anziani, ecc.	Agenzia sanitaria regionale (ASR). Non sempre c'è corrispondenza tra deleghe assessorili e competenze dipartimentali. In compenso però un intenso lavoro	Introduzione del Bilancio Sociale di Area. Realizzazione degli Uffici di Promozione Sociale e Sportello Unico. Compartecipazione ai costi, assegno di servizi,	Definizione ambiti territoriali (attraverso Conferenza Sindaci) e linee guida di predisposizione dei PDZ e su gestione associata. Comitato tecnico Permanente per il Piano Sociale Regionale (Regione, ANCI, UPI, UNCEM, ASR, SSR, OOSS, privato e privato sociale). Coordinamento regione- province	Forum Regionale del Terzo Settore. LR 43/1988 definisce funzioni di assistenza sociali di competenza dei Comuni e precisa il ruolo del volontariato.	

Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
	Il Piano Sanitario riserva un posto importante all'integrazione socio-sanitaria. Gruppi di lavoro intersettoriali. Adeguamento dei distretti sanitari a quelli sociali.	interdipartimentale.	la ristrutturazione dei percorsi assistenziali. Sistema formativo permanente, processo di riorganizzazione della giunta.	attraverso gli osservatori provinciali delle politiche sociali e l'osservatorio regionale. Partnership interregionali e con le Regioni europee.	Regolamentati i servizi e le strutture sociali e ciclo residenziale e semiresidenziale.	
Molise	Assessorati diversi per politiche sociali e sanitarie. Corrispondenza con le direzioni generali. Piano Socio Assistenziale Regionale (non ancora in pieno regime). Non esistono meccanismi di integrazione / coordinamento.	Centro regionale per la formazione. Agenzia regionale Molise lavoro.		In generale si registrano difficoltà di relazione con il territorio e resistenza alla gestione associata. Linee guida per la stesura dei PDZ. Definizione ambiti territoriali. L'osservatorio regionale sull'infanzia e l'adolescenza opera in rete con gli osservatori provinciali.	LR 17/2000 per lo sviluppo e la cooperazione sociale. Provvedimenti sull'accreditamento.	
Piemonte	Piano Socio-Sanitario. Due assessorati diversi. Presenza di modalità concertative. Direzioni regionali politiche sociali. Coincidenza distretti sanitari e sociali.	Agenzia regionale per i servizi sanitari. Agenzia regionale per le adozioni internazionali. Agenzia Piemonte Lavoro.		Identificati ambiti per la gestione delle politiche sociosanitarie affidata agli enti gestori. Linee guida per i PDZ. Promozione della gestione associata. Tavolo Regioni – Enti locali e sindacati per definizione LEA.	Definizione criteri di accreditamento. Consiglio regionale per il volontariato,	
Puglia						
Sardegna	Unico Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Direzione generale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Piano Socio Assistenziale. Proliferazione di norme impediscono l'integrazione socio-assistenziale. Il distretto è stato riconosciuto ambito territoriale essenziale per l'articolazione delle politiche sociali e per l'integrazione socio-sanitaria. Si intende attuare una programmazione integrata tra ambito		Razionalizzazione complessiva della macrostruttura. Corsi di formazione sulle politiche del welfare.	Comuni titolari della programmazione dei servizi. Incentiva gestione associata servizi, favorendo l'integrazione sociosanitaria e assistenziale attraverso il finanziamento plurimo. L'Osservatorio regionale non opera in rete con quelli provinciali. Nuovo DDL su Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria (regione, province,	Assemblea generale del volontariato.	

Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche sociale e azienda sanitaria.	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale ASL, ANCI e UPI regionali)	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
Sicilia	Linee guida per l’attuazione del Piano Socio-Sanitario. Assessorato famiglia, politiche sociali e autonomie locali. Assessorato sanità. A livello tecnico esiste alta suddivisione e difficoltà di integrazione. La funzione programmazione risulta integrata. Conferenza regionale socio-sanitaria (assessore sanità, province, AUSL, ANCI, Federsanità-ANCI)). Commissione regionale socio-sanitaria. Scelto il distretto sanitario come riferimento territoriale per la costruzione ambiti territoriali. Città metropolitane (Palermo, Catania, Messina) determinano il proprio ambito quale Distretto Unico Socio Sanitario.	Agenzia sociale regionale (in via di attivazione). Agenzia per l’impiego e la formazione professionale.	Introdotta il bilancio di distretto, che accompagna l’accordo di programma per l’approvazione dei PDZ. Riorganizzazione della dirigenza e degli uffici regionali, assistenza formativa (in collaborazione con il CERISDI).	Linee di indirizzo ai Comuni per la redazione dei PDZ. Accordo di programma quadro tra Regione e Dipartimento Pari Opportunità ed il Ministero delle Finanze. Conferenza regionale delle autonomie locali (finanza sociale), conferenza regionale per le politiche sociali,	Tavolo permanente del Terzo Settore.	
Toscana	Società della salute quali forme innovative di integrazione delle politiche sociali e sanitarie e di gestione associata dei servizi. Assessorato alle politiche sociali e Assessorato al diritto alla salute. Unica direzione del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà. Gruppo di lavoro intersettoriale per la redazione dei piani integrati di salute. Definite le zone distretto socio-sanitarie.	Alto grado di continuità e rispondenza tra livello politico e tecnico amm.vo. Agenzia regionale sanitaria, svolge un ruolo centrale nell’integrazione delle politiche.	Società della salute. Piano per la formazione continua e l’aggiornamento dei dipendenti. Sistemi innovativi di P&C.	Numerosi esempi di programmazione condivisa (Tavolo di concertazione regionale e Commissione regionale per le politiche sociali). Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria (partecipazione Comuni). Partnership internazionali. Osservatorio regionale in rete con gli osservatori provinciali. Piani integrati di salute.	L’assessorato alle politiche sociali ha anche la delega al servizio civile e ai rapporti con il terzo settore.	Carta dei servizi e carta della cittadinanza.
Trento P.A.	Assessorato alle politiche sociali e assessorato alle politiche per la salute. Piano sociale e assistenziale con ottica interassessorile. Gruppi di lavoro su temi specifici.	Agenzia provinciale per l’assistenza e la previdenza integrativa.	Corsi di riqualificazione ed aggiornamento. Comunicazione interna e coinvolgimento del personale. Piano qualità	Trasformazione degli attuali Comprensori in Comunità di Valle, con competenze ampliate, diventeranno centri di coordinamento dei Comuni.	Comitato provinciale per il volontariato.	

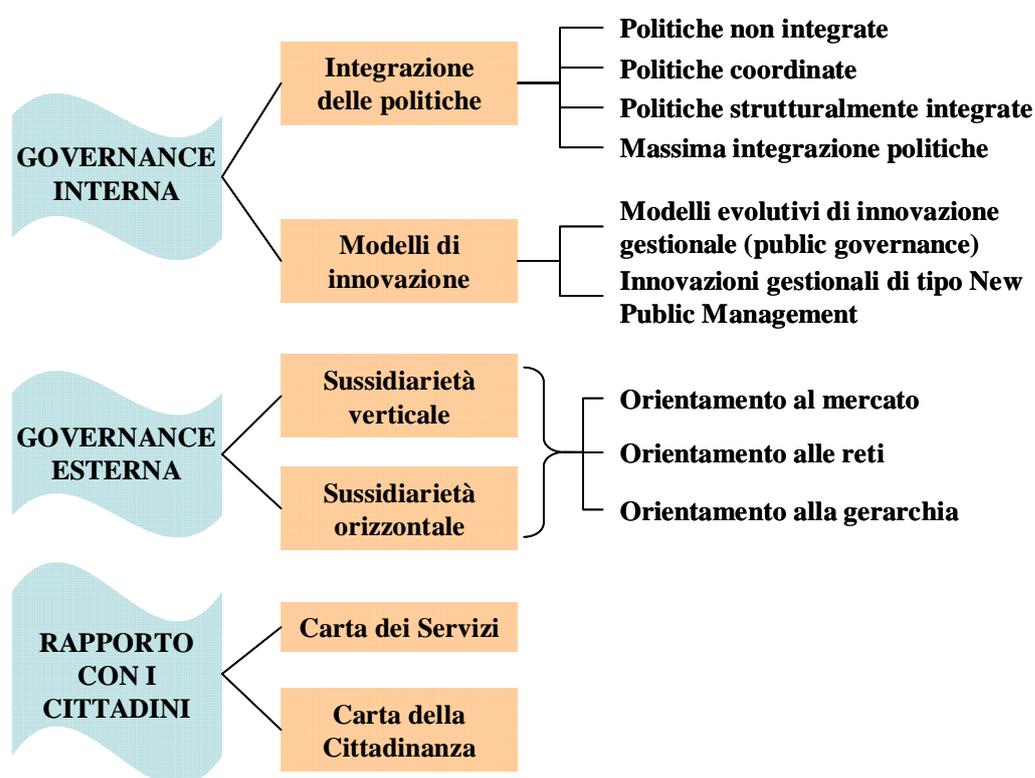
Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
		Agenzia del lavoro.	e azioni di miglioramento, indicatori di attività, applicazione dello standard AA1000 alle politiche sociali. Strategie per la razionalizzazione della spesa corrente.	Comitato per la programmazione delle politiche sociali. Partnership con Regioni europee.		
Umbria	<p>Piano sociale regionale. Unico assessorato sociale. Non sempre c'è corrispondenza tra deleghe e competenze direzionali.</p> <p>All'Assessorato Sanità e all'Assessorato Politiche Sociali corrisponde un'unica direzione regionale. Intenso lavoro interdirezionale che, insieme agli strumenti di programmazione regionale e locale garantisce un buon livello di integrazione.</p> <p>A livello territoriale, l'area dei servizi integrati socio-sanitari ha un duplice punto d'accesso (Centro di salute e Uffici di cittadinanza).</p> <p>Tavolo tecnico dei Comuni per l'integrazione socio-sanitaria su mandato della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari.</p>	<p>Agenzia Umbria Ricerche.</p> <p>Agenzia per la promozione e l'educazione alla salute, la documentazione, l'informazione e la promozione culturale in ambito socio-sanitario.</p>	<p>Il Promotore Sociale quale nuova figura professionale presso ogni ambito territoriale. Riorganizzazione della giunta.</p> <p>Scuola di Amministrazione Pubblica VillaUmbra.</p>	<p>Riappropriazione da parte dei Comuni delle deleghe conferite alle AUSL.</p> <p>Assistenza tecnica ed indirizzo mediante la produzione di appositi atti amm.vi (condivisi con le autonomie locali) per la definizione dei PDZ e indirizzi per la gestione associata.</p> <p>Programmazione sociale di territorio condivisa (tavoli di concertazione).</p> <p>Partnership interregionali e con Regioni europee.</p>	<p>Promozione e sostegno al terzo settore nel Piano sociale regionale.</p>	<p>Sperimentazione degli Uffici della Cittadinanza.</p> <p>Diritti sociali di cittadinanza.</p>
Valle d'Aosta	<p>Piano socio-sanitario.</p> <p>Un solo assessorato sanità, salute e politiche sociali ed un omologo dipartimento.</p>	<p>La separazione tra definizione e realizzazione delle politiche sociali</p>		<p>Il PDZ è adottato con accordo di programma.</p> <p>Accordo con il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali</p>	<p>Si promuove l'affidamento della gestione dei servizi sociali ad una</p>	

Governance	Interna			Interistituzionale	Esterna	
Regioni	Integrazione delle politiche	Rapporto politica – amm.ne	Innovazioni gestionali	Sussidiarietà verticale	Sussidiarietà orizzontale	Rapporto con i cittadini
	Attualmente un distretto sanitario corrisponde a due comunità montane.	riserva la prima alla Regione e la seconda alle comunità montane, al comune di Aosta e all'eventuale soggetto gestore regionale.		sulle politiche migratorie. Partnership internazionali.	pluralità di attori istituzionali e non, con una preferenza per i soggetti del terzo settore (nel PSS).	
Veneto	Un Assessorato alle politiche sociali, programmazione sociosanitaria, volontariato e non profit e un Assessorato alle Politiche sanitarie. Piano regionale politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali. A livello territoriale, trasformazione delle USL in Aziende unitarie locali per i servizi alla persona, che uniscono servizi USL e Comuni.	Agenzia regionale socio sanitaria. Agenzia Veneto Lavoro	Progetto di legge trasformazione Ipab. Disposizioni in tema di riordino e semplificazione amministrativa. Sperimentazione cartella sociale a livello territoriale. Formazione capillare sia a livello di operatori USLL che di dipendenti regionali del settore sociosanitario.	Nel PSSR 2003/05 si prevedono: i criteri di “area vasta”, con i quali la Regione promuove la programmazione e gestione di servizi in rete, che interessino più ambiti aziendali, anche interprovinciali (servizi territoriali e ospedalieri in rete, urgenza-emergenza, attività ospedaliera ad altissima specializzazione sovrazonali); nuove forme di collaborazione tra Regione e Comuni, attraverso la costituzione di Aziende Unitarie Locali per i Servizi alla Persona (AULSP). Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria. Sviluppo e coordinamento tra i sistemi informativi dei 21 ambiti con quello regionale	Disciplinato il sistema delle autorizzazioni e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Forum permanente terzo settore. Progetto Parco Solidale.	

La tabella di cui sopra presenta una rilettura critica delle esperienze regionali alla luce del modello operativo di governance definito nelle pagine precedenti. Tale analisi è necessaria per identificare alcuni idealtipi regionali con riferimento ai tre livelli – interno, interistituzionale ed esterno – del modello di governance poc’anzi definito, enfatizzando particolari dimensioni della governance regionale delle politiche sociali.

Si tratta, in particolare, delle dimensioni di governance **interna** (integrazione delle politiche e strategie di innovazione), **esterna** (sussidiarietà orizzontale ed interistituzionale), e rapporto con i **cittadini**, attraverso l’analisi delle quali si arriva a generare i modelli generali illustrati nella figura seguente.

Modelli regionali di governance delle politiche sociali



La prima dimensione è quella dell’integrazione delle politiche, schematizzata nella tabella seguente, che fa riferimento all’integrazione tra politiche sociali, sanitarie e socioassistenziali.

Tale integrazione si manifesta, ove presente, in diverse forme:

Strutturali. Ad esempio:

- come integrazione strutturale a livello di assessorati;
- come integrazione a livello di strutture tecnico – amministrative
- come integrazione a livello territoriale (coerenza tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario).

Altre forme di coordinamento. Ad esempio:

- forme di programmazione e pianificazione integrata (unico piano sociosanitario)
- attraverso tavoli di concertazione, gruppi di lavoro interassessorili o interdirezionali, ecc.

L'analisi delle diverse Regioni porta ad identificare quattro idealtipi (tabella seguente) attraverso i quali classificare i sistemi di governance regionale.

Idealtipi con riferimento all'integrazione delle politiche

	Assenza di altre forme di coordinamento	Presenza di altre forme di coordinamento
Strutture frammentate organizzative	A) Politiche non integrate	B) Politiche coordinate
Strutture integrate organizzative	C) Politiche integrate strutturalmente	D) Massima integrazione delle politiche

Le Regioni analizzate risultano così distribuite in corrispondenza dei quattro idealtipi individuati:

Le possibili opzioni di governance regionale interna: l'integrazione delle politiche

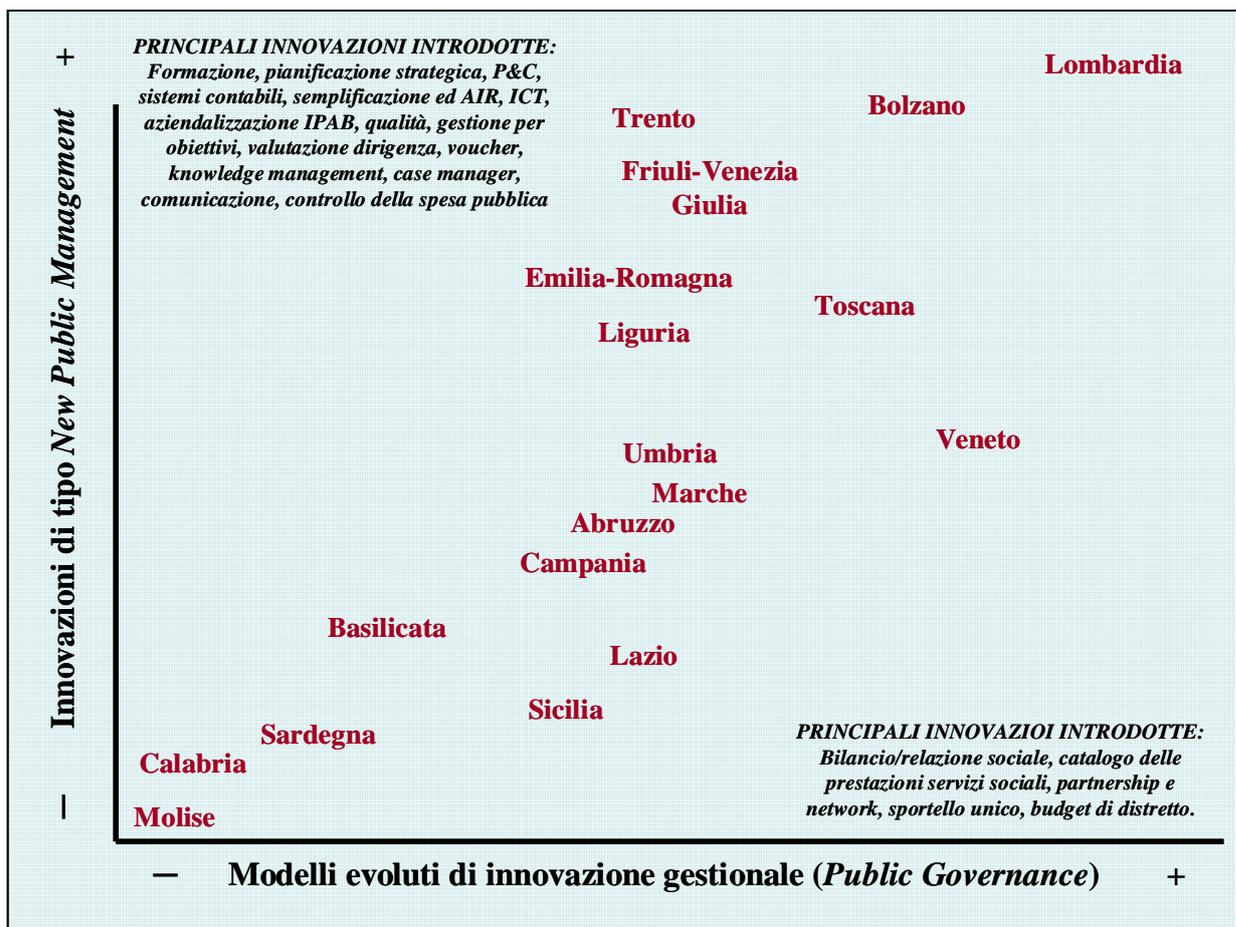


Si può osservare una certa linearità, nelle Regioni più avanzate, tra l'integrazione strutturale e l'adozione di altre forme di coordinamento improntate alle partnership, a dimostrazione del fatto che non basta incorporare in un unico dipartimento o assessorato diverse materie per garantirne l'effettiva integrazione. Sempre a livello di governance interna e facendo ricorso alla dimensione delle innovazioni gestionali, è possibile distinguere tra Regioni che adottano **modelli evolutivi di innovazione gestionale**, ascrivibili al paradigma della public governance, e Regioni che promuovono innovazioni gestionali più consoni al paradigma del New Public Management.

L'innovazione in un'ottica di governance vede la presenza di una visione strategica di lungo periodo e si traduce nell'adozione di strumenti quali il budget di distretto, il bilancio sociale, il catalogo delle prestazioni, la pianificazione strategica integrata, l'aziendalizzazione delle IPAB, la formazione continua, ecc.

L'innovazione ispirata al paradigma del New Public Management consiste invece nella modernizzazione dei sistemi operativi quali la programmazione ed il controllo, la contabilità, in un orientamento alla qualità, nell'informatizzazione dei processi, ecc.

Modelli di innovazione dei sistemi sociali regionali



Nota: Informazioni non disponibili per Piemonte e Valle D'Aosta.

È agevole osservare quanto già approfondito dalla letteratura aziendalistica, ossia che uno stato ottimale dei sistemi gestionali interni, oggetto delle strategie di modernizzazione del *New Public Management*, è condizione imprescindibile di una buona governance pubblica.

Passando ad analizzare la sussidiarietà – che fa riferimento al livello di governance interistituzionale (**sussidiarietà verticale**) ed esterna (**sussidiarietà orizzontale**) –

anche qui è possibile raggruppare le Regioni italiane in base al meccanismo di coordinamento prevalentemente adottato⁷.

Come si è già avuto modo di vedere, l'affermarsi di logiche di governance con riferimento alle politiche sociali porta a forme innovative di definizione delle politiche e di erogazione dei servizi che vedono la partecipazione di un ampio numero di attori. In questo scenario, il ruolo delle Regioni è, da un lato, quello di coordinare gli attori e di massimizzare le sinergie, e dall'altro, quello di sviluppare le capacità di risposta a livello locale.

Il coordinamento è considerato un requisito fondamentale per garantire la coerenza delle politiche e per rafforzare le capacità di indirizzo strategico delle Regioni. Per quanto riguarda i meccanismi di coordinamento, la letteratura distingue tra meccanismi di tipo mercato, meccanismi orientati alla gerarchia e meccanismi reticolari o network⁸.

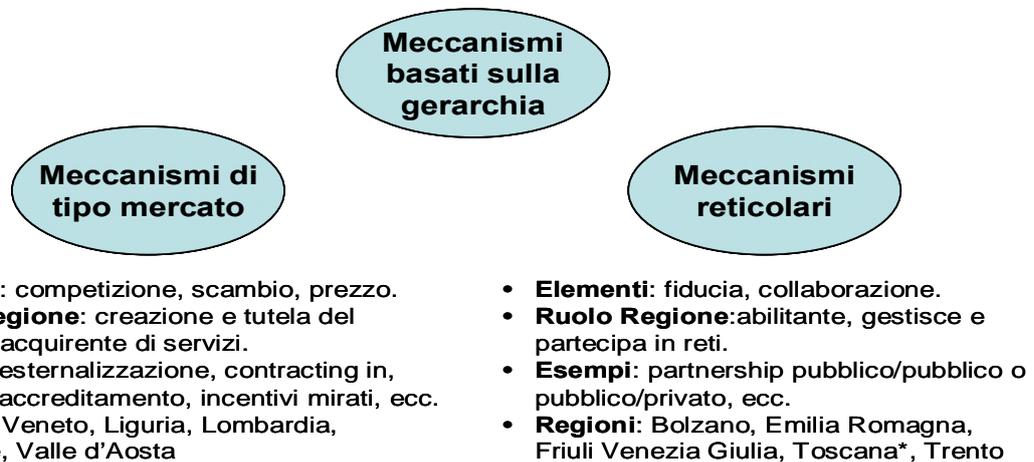
La figura seguente classifica le diverse Regioni in base alle tre categorie di meccanismi di coordinamento prima descritte.

Le possibili opzioni di governance regionale interistituzionale ed esterna

⁷ Il coordinamento in un'ottica di governance multi-livello è definito come l'allineamento delle strategie e delle funzioni di più attori volto al raggiungimento di determinati fini. Si veda Verhoest K., Peters G., Beuselinck E., Falke M., Bouckaert G., (2005), *How coordination and control of public organizations by government interrelate: an analytical and empirical exploration*, consultabile in <http://www.publicmanagement-cobra.org/pub/paper.htm>.

⁸ Si vedano Powell W.W. (1990), "Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization", in *Research in Organizational Behavior*, Vol. 12; Verhoest K., Peters G., Beuselinck E., Falke M., Bouckaert G., (2005), *Op. Cit.*

- **Elementi:** autorità, regole, linee guida, strumenti *top down*.
- **Ruolo Regione:** responsabilità diretta.
- **Esempi:** modelli tradizionali di definizione delle politiche e di erogazione dei servizi.
- **Regioni:** Abruzzo, Basilicata, Calabria, Lazio, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria*, Marche*, Campania*



* Questi casi regionali non sono pienamente riconducibili a questa classificazione. Essi sono contraddistinti al contempo da un forte ruolo di regia da parte della regione (è il caso dell'Umbria e delle Marche), che li accomuna con il modello gerarchico, e dalla presenza di forme di collaborazione interistituzionale che le porta verso i modelli reticolari (si veda per esempio la Toscana).

La principale caratteristica dei meccanismi di coordinamento basati sulla gerarchia è l'autorità esercitata attraverso norme e strumenti formali *top down*. I meccanismi di tipo mercato sono invece basati sulla competizione e lo scambio tra diversi attori ed un ruolo centrale svolge lo strumento del prezzo. La letteratura aziendale in generale e la letteratura sulla modernizzazione della pubblica amministrazione ha evidenziato numerosi limiti di entrambi questi meccanismi. Pertanto viene evidenziata una terza opzione rappresentata dai network dove il riconoscimento di reciproca interdipendenza e lo stabilirsi di relazioni collaborative basate sulla fiducia portano a sostituire relazioni gerarchiche e relazioni basate sullo scambio.

Con riferimento al settore sociale e sociosanitario è possibile osservare la presenza di tutti e tre i meccanismi. Quelli gerarchici sono ancora presenti nelle politiche e sistemi più tradizionali. Gli esempi più diffusi di meccanismi di tipo mercato sono i voucher, l'esternalizzazione o *il contracting in*, l'accreditamento, ecc. Le reti sono invece

osservabili nelle partnership pubblico – pubblico o pubblico – privato nell'erogazione dei servizi o nel sistema di finanziamenti.

Nel primo modello la regione è direttamente responsabile delle politiche sociali che definisce ed attua in modo *top down*. Nel caso dei meccanismi di tipo mercato, la regione assume sia il ruolo di sviluppare e tutelare i mercati, sia il ruolo di acquirente. Nel caso dei meccanismi reticolari, la regione svolge un ruolo abilitante volto a sviluppare il capitale sociale. Essa gestisce e partecipa, insieme ad altri attori, nelle reti. Se alcune Regioni si posizionano chiaramente su uno dei tre cluster, la maggior parte mostra una tendenza evolutiva meno netta. A titolo di esempio, sia la Sardegna che l'Umbria sono in via di evoluzione verso modelli di tipo reticolare basati sulla promozione delle forme associative nell'erogazione dei servizi sociali e sulle partnership interregionali. Anche il Veneto sembra tendere verso il modello a rete, benché il privato, sociale e non, viene considerato un risorsa importante per la qualità della governance delle politiche sociali.

Per quanto riguarda infine il **rapporto con i cittadini**, un ruolo rilevante riveste la Carta per la Cittadinanza Sociale (CCS) che, nel dare attuazione a quanto stabilito nel Piano Sociale Nazionale (PSN), non è una semplice carta dei servizi, ma si configura come un vero e proprio strumento di governance e accountability in materia sociale⁹. Essa definisce accesso e modalità di erogazione ed è strumento di garanzia per gli utenti.

Occorre notare, tuttavia, che l'accento viene messo nel PSN soprattutto sul percorso di definizione della CCS, “preziosa occasione di coinvolgimento della collettività, un patto tra i comuni e i cittadini”.

Dalla ricognizione le esperienze in tal senso risultano essere assai scarse. Esse si limitano in realtà all'esperienza della Regione Toscana e all'esperienza della Regione Abruzzo. La prima risale al 2001 e va pertanto considerata il prodromo dello stesso PSN.

⁹ Antonucci G., (2005), “Nuovi strumenti di governance e accountability in materia di politiche sociali: l'esperienza della Carta per la Cittadinanza Sociale nella Regione Abruzzo”, Paper presentato al Convegno di AIDEA Giovani *L'innovazione nella Pubblica amministrazione: teoria e prassi*, Roma – Tor Vergata, 15 luglio.

